

六、与其它药物的相互作用

乙胺碘呋酮在临床应用中有口干和视力模糊的反应^[27],如与阿托品合用会加重阿托品口干和视力障碍等副作用,故应避免合用。此外,乙胺碘呋酮与全身麻醉药同时使用,可以加强麻醉剂的变时作用和负性肌力作用,使血压降低,心输出量减少、外周血管阻力减少心率减慢,出现低血压和窦性心动过缓;甚至在前 45 d 内接受过乙胺碘呋酮者在使用全身麻醉药时仍可出现这些并发症^[28]。

参 考 文 献

- [1] Hasegawa GR et al. Am J Hosp Pharm 1984; 41(7): 1379
- [2] 肖激文. 药学通报 1987; 22(9): 574
- [3] 孙迪清. 药学通报 1988; 23(1): 61
- [4] Benedict MK et al. Am J Hosp Pharm 1988; 45(5): 1117
- [5] Moysey JO et al. Br Med J 1981; 282 (6280): 272
- [6] Nademanee K et al. J Am Coll Cardiol 1984; 4(1): 111
- [7] 林承矩. 药学通报 1983; 23(1): 61
- [8] Doering W. Eur J Clin Pharmacol 1983; 25: 517
- [9] 薛玉成等. 中华内科杂志 1984; 23(6): 934
- [10] 蒋家文. 实用内科杂志 1988; 8(1): 45
- [11] Martinowitz U et al. N Engl J Med 1981; 304(11): 671
- [12] Harrisl. Br Med J 1981; 282 (6280): 1977
- [13] Rees A et al. Br Med J 1981; 282 (6278): 1755
- [14] Serlin MJ et al. Br Med J 1981; 283 (6283): 58
- [15] Hamer A et al. Circulation 1982; 65(5): 1025
- [16] Raeder EA et al. Am Heart J 1985; 109(5): 975
- [17] Levy S. Am J Cardiol 1988; 61(2): 95 A
- [18] Lee TH et al. Am Heart J 1985; 109 (1): 163
- [19] Leor J et al. Am Heart J 1988; 116 (1): 206
- [20] Masson JW. N Engl J Med 1987; 316 (8): 455
- [21] Saal VA et al. Am J Cardiol 1984; 53 (9): 1264
- [22] Bussey HI et al. Am Heart J 1984; 107(1): 143
- [23] Shea P et al. J Am Coll Cardiol 1986; 7(5): 1127
- [24] Southworth W et al. Am Heart J 1988; 104(2): 323
- [25] 苏开仲. 中国医院药学杂志 1985; 5(1): 46
- [26] 张智耀等. 中国药学杂志 1991; 26(3): 153
- [27] 肖激文. 药学通报 1983; 18(10): 60
- [28] Gallagher JD et al. Anesthesiology 1981; 55(2): 186

投错药致患者死亡 2 例浅析

空军丹东医院

纪玉霞 高广文

现将作者所遇到的因调剂室投错药致患者死亡 2 例报告如下:

例 1: 患儿杨某(丹东市某医院医生女儿),女,5岁,因腹泻 3 日,于 1979 年 6 月入院。化实验室检查发现血钾偏低,医生开 10% 氯化钾 100 ml,5 ml,3/日,口服。患儿

母亲拿处方到调剂室,见值班司药正忙于为其他患者发药,就自己到药架上取得,误将 50% 亚硝酸钠液(与 10% 氯化钾液放在同一架上,药瓶形状,颜色均相近)当作 10% 氯化钾液拿走,司药也未加过问、复查。患儿服药后中毒,抢救无效死亡。

例 2: 患者文某, 男性, 64 岁, 离休干部。因患糖尿病于 1990 年 3 月去丹东市某医院检查。入院后需做糖耐量试验, 医生开葡萄糖粉 75 g, 病房护士持处方到药局取药, 调剂室、实习生错将水杨酸粉当葡萄糖粉发出, 带教药师在场, 但未复查、核对。护士给患者服药时, 感觉药味不对(因该患以前做过此项试验), 询问护士, 护士亦未品尝, 就随口回答说“就这味”。患者服药后中毒, 经抢救无效死亡。

讨论

以上 2 例患者死亡均是由于医院药工人员、医护人员责任心不强, 规章制度不健全或不执行所造成的, 其教训是惨痛的。分析其具体发生原因有以下几点:

1. 例 1 所在医院药局的调剂室规章制度执行不严, 非药工人员可以随便出入, 甚至自己取药。因其对药局的工作环境, 对药品的摆放、药物的各种性状不熟悉, 以致将药投错。

2. 药局工作人员的责任心不强, 允许非药工人员拿药, 并对所拿的药物未予核对、检查。

3. 从客观上讲, 调剂室的药品摆放不合

理。内服药、外用药摆在同一药架上, 药瓶的形状, 颜色区分不明显, 忙乱中很容易发生错误。

4. 例 2 所在医院对实习生管理不严, 允许单独工作。由于实习生刚刚接触实际工作, 经验不足, 又没认真核对瓶签上的药名, 将药投错。有经验的药学人员对水杨酸粉和葡萄糖粉, 从外观、味觉上是能够区分开的。带教药师责任心强一些, 实习生发药时做必要的监督、检查, 这一事故是完全可以避免的。

5. 病房护士没有严格执行“三查、七对”, 药局发什么药就给患者服什么药, 特别是患者自诉药味不对的情况下也未警觉, 致使患者中毒死亡。

通过上述 2 例事故, 说明严格执行规章制度, 提高医院医学人员素质(尤其工作责任心、严肃性)和业务能力, 是何等重要, 用血换来的教训值得我们永远记取!

现在大多数医院药局因受人员限制、工作量较大, 没有建立核对发药制度, 只是由调剂人员单独见方投药, 很容易发生差错。我们认为, 从科学性的角度讲, 有必要建立核对发药制度。

林可霉素引起蛋白尿 1 例

解放军第 146 医院 王言成

林可霉素(Lincomycin, LIN)作为一种新型抗生素已广泛应用于临床, 用药后可出现一些轻微的副作用, 但引起蛋白尿者, 临床较少见, 笔者曾遇 1 例因静滴林可霉素而致蛋白尿者, 现报告如下:

患者男性, 37 岁, 因发热、咽痛 2 天于 1991 年 8 月 2 日入院。查: T 38℃, 咽部充血, 扁桃体 II° 肿大, 心肺无异常, 血象中性偏

高, 尿常规无异常。既往无心肾疾患。诊断: 急性扁桃腺炎, 因有青霉素过敏史, 给予林可霉素治疗, 用法: 林可霉素 1.8 g, 每日 1 次静滴, 用药第五天查尿常规: pH 5.5, PRO + 2 150 mg/dL, 无管型, 考虑与用药有关, 当日停药改用红霉素治疗, 三天后复查小便, 尿蛋白消失。为进一步明确原因, 出院前行试验性治疗。再次静滴林可霉素, 两天后复查小